

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: DEPKAHC
Koordineret med:
Sagsnr.: 1705470
Dok. nr.: 492306
Dato: 01-12-2017

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Samråd D-E d. 28. november 2017, lokale 2-080 Kl. 15-16.30]

Samrådsspørgsmål D og E vedr. udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Tak for spørgsmålet, som også, netop som samrådsspørgeren siger, er en god mulighed for også at få sat fokus netop på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og hvad det betyder.

Jeg vil tillade mig at besvare de to spørgsmål i forlængelse af hinanden, og så selvfølgelig uddybe de spørgsmål, der er.

Udbygningen af det nære sundhedsvæsen og sammenhængen i vores samlede sundhedsvæsen optager mig nemlig rigtig meget. Et velfungerende nært sundhedsvæsen er for mig at se fuldstændig afgørende for, at vi kan fastholde et stærkt og bæredygtigt sundhedsvæsen i årene fremover.

Og det følger sådan set også naturligt af den store udbygning, vi laver af moderne sygehuse, at vi også styrker det nære sundhedsvæsen i takt med, at nogle af sygehusstrukturene rykker længere væk fra, hvor folk bor.

Jeg vil starte med at svare på den del, der handler om de udfordringer, vi står over for i dag og i de kommende år, som jeg tror, vi vist efterhånden kender allesammen.

Vi bliver flere og flere ældre. I 2030 vil der være 250.000 flere danskere over 75 år end i 2017.

Det er de store årgange fra efterkrigsårene, der de næste 10-20 år vil være blandt de ældste generationer i vores samfund.

Og samtidig ved vi også, og heldigvis for det, at vi lever længere og længere.

Det er der flere årsager til, men der er ingen tvivl om, at det er hjulpet på vej af en fokuseret indsats mod en øget specialisering på sygehusene.

Og så har en fantastisk teknologisk og videnskabelig udvikling givet os nye og bedre behandlingsmuligheder. Vi er med andre ord blevet dygtigere til at behandle livstruende sygdomme.

I 2001-2003 var andelen, der var i live efter fem år efter en kræftdiagnose fx på 50 pct.

Og her fra 2010-2014 var samme tal 58 pct. for mænd og 61 pct. for kvinder.

Ældre borgere har generelt et større behov for forskellige sundheds- og plejeydelser end yngre borgere. Og så har ældre borgere tit mere komplicerede kontakter i sundhedsvæsenet, som spørgeren også lidt er inde på i forhold til nogle af vores borgere med mere komplekse behandlingsforløb.

Nogle af vores ældre borgere lider oftere end den yngre del af befolkningen af kroniske sygdomme. Vi ser derfor også en stigning i borgere med kroniske sygdomme. Faktisk vil der være op mod 60 pct. flere borgere med visse kroniske sygdomme i tiden frem mod 2025.

Og tit er det ikke bare én, men flere kroniske sygdomme, som spørgeren også indikerer. I befolkningen generelt har ca. 20 pct. multisygdom, og for borgere over 65 år, drejer det sig om næsten halvdelen.

Derudover er der desværre alt for mange, der bliver ramt af psykisk sygdom. Og alt for mange børn og unge får en dårlig start på livet blandt andet på grund af dårlig mental sundhed.

De grupper jeg har nævnt: ældre patienter, patienter med kroniske sygdomme (og multisygdom) og patienter med psykiske lidelser, oplever ofte komplekse forløb på tværs af sektorer.

Det er derfor også præcis de patientgrupper, der bliver hårdest ramt, når sammenhængen og kvaliteten ikke er god nok.

Og det var jo sådan set også noget af det, der var grundlaget for blandt andet udvalgsarbejdet, også at være med til at sikre en bedre behandling for nogle af de patientgrupper.

For at svare på anden del af det første samrådsspørgsmål, så er det fuldstændig afgørende for mig, at patienter aldrig må opleve, at kassetænkning begrænser deres bedring eller bliver styrende i deres behandlingsforløb.

Vi har fx set, at børn med diabetes ikke har kunnet få en glukosemåler, fordi regionen og kommunen ikke har kunnet blive enige om, hvem der skal betale. Det er under alt kritik, og hvis vi kigger på nogle af de konkrete anbefalinger, er det jo også der, hvor der blandt andet er en anbefaling til at ændre på reglerne.

Helt konkret i forhold til børn og unge med diabetes, så gør vi også her og nu i fællesskab noget i forbindelse med den nye diabeteshandlingsplan, hvor vi også har taget hånd om det.

Og det synes jeg også er et meget godt udtryk for det her spørgsmål omkring, hvordan følger man op på anbefalingerne.

Nogle af anbefalingerne følger man jo ikke kun op på én gang. Nogle af anbefalingerne kommer vi til at følge op på af flere omgange, fordi der nogle gange skal flere initiativer til, hvor noget er sat i gang, og andet vil blive sat i gang, eller er ved at blive sat i gang.

Der må ikke være forskel på kvaliteten af den behandling, man modtager alt efter, om det er regionen eller kommunen, der leverer den, eller alt efter hvor i landet man bor.

Derfor er der i høj grad behov for at se på, hvordan hele sundhedsvæsenet i højere grad kan tilrettelægge behandlingen og plejen som samlede forløb ud fra patientens individuelle ressourcer og behov. Og gå sammen på tværs af regioner og kommuner om de gode løsninger.

Det er blandt andet, og heldigvis for det, noget af det vi ser mange steder i landet.

Hvis man kigger mod eksempelvis Tønder, så kan man der se, hvordan man har smeltet Region Syddanmarks skadeklinik og daghospital sammen med Tønder Kommunes sygeplejeklinik og akutfunktion. Formålet er helt enkelt at skabe en større sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering og at bryde de grænser ned, der i dag opdeler sundhedsvæsenet siloer.

Det er sådan nogle løsninger, vi skal have bredt ud til hele landet, og hvor vi også konkret vil følge op på i forhold til regler og juraen omkring det, hvordan vi også kan sikre, at det kan ske.

Det leder mig til den del af samrådsspørgsmål EB, i forhold til hvordan regeringen har tænkt sig at følge op på udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Vi mødtes til en teknisk gennemgang dagen efter udvalget havde afrapporteret i juni måned, og jeg lagde ikke skjul på, at jeg gerne havde set, at der havde været et større ambitionsniveau i forhold til nogle af de anbefalinger, udvalget var kommet med.

Ikke fordi, der ikke er tale om gode og væsentlige tilkendegivelser - men fordi der netop primært er tale om tilkendegivelser, der desværre hverken er særlig konkrete eller på nogle af områderne måske strækker langt nok.

Også dermed sagt, at der er elementer, hvor der skal følges op af flere omgange.

Men der er en række af udvalgets mest konkrete tiltag, som jeg allerede har sagt, at jeg vil gå videre med. Det har jeg både sagt, da jeg modtog anbefalingerne, og det har jeg også fortalt udvalget.

Et af de punkter, det er, at et enigt udvalg pegede på, at der skulle udformes en specialuddannelse til sygeplejerskerne målrettet kommunerne og almen praksis.

Det var en af de anbefalinger, jeg sådan set allerede satte strøm til, så at sige, tilbage i februar måned, fordi det på det tidspunkt, hvor vi gav arbejdsgruppen længere tid til at arbejde med de øvrige anbefalinger, var tydeligt, at der var fuld enighed på det område.

Derfor bad jeg allerede i februar måned Sundhedsstyrelsen om at gå i gang med at udforme en sådan uddannelse. Og det arbejde er i gang.

Formålet med uddannelsen og de nye specialuddannede sygeplejersker det er, at de skal være en slags faglige fyrtårne, som skal kunne aflaste lægerne i forhold til fx varetagelsen af kroniske patienter i almen praksis, at de skal kunne styrke kompetencerne i hjemmesygeplejen i kommunerne.

Uddannelsen er et af de initiativer, jeg håber vil være med til at bidrage til at styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, såvel som være med til at skabe bedre sammenhæng.

Så anbefalede udvalget blandt andet også, at de nyvalgte kommunalbestyrelser og regionsråd skulle have mere tid, når de skulle udarbejde nye sundhedsaftaler.

Inden sommerferien kom jeg med en melding om, at jeg synes, det er en god idé. Så aftalerne ikke ender som tunge, administrative aftaler frem for det værdifulde samarbejdsværktøj, som de er tænkt som.

Jeg sagde også, at jeg godt kan se det fornuftige i, at ændringen af kadencen, i forhold til, hvornår de skulle aflevere, så man kunne se på, hvordan sundhedsaftalerne både kan gøres mindre bureaukratiske og mere politisk forpligtende.

De nye og mere politisk forpligtende sundhedsaftaler, jeg tror, at jeg tidligere i udvalget har kaldt dem sundhedsaftalerne 2.0, de skal være med til at styrke samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis.

Det er også blevet meldt ud, og Sundhedsstyrelsen er lige nu sammen med relevante aktører i gang med at kigge på det faglige arbejde, der skal ligge til grund for de nye sundhedsaftaler.

Der har blandt andet været afholdt to workshops her senest i november måned og efter planen, skal den nye bekendtgørelse og vejledning være færdig lige i starten af det nye år, og når de nye kommunalbestyrelser og regionsråd også tager fat og er klar, så kommer der også en politisk dialog omkring, hvilke initiativer, der også skal være forankret der.

På vores tekniske gennemgang nævnte jeg også, at regeringen vil følge op på anbefalingerne med et udspil på området.

Og som statsministerens sagde i sin åbningstale, vil det ske i indeværende forhandlingsår.

Jeg har i pressen tidligere på efteråret løftet lidt af sløret for, hvor det er, vi ser sundhedsvæsenet bevæge sig hen i forhold til opgaveudflytning og i forhold til den vision vi har for fremtidens sundhedsvæsen. Og at vi i højere grad ser et sundhedsvæsen, der skal møde os dér, hvor vi lever vores liv – nemlig tættere på hjemmet. Patienter skal ikke rejse langt til sygehuset, hvis behandlingen af samme kvalitet kan foregå derhjemme eller hos den praktiserende læge eller i et kommunalt sundhedshus.

Det indgår sådan set også som nogle af pejlemærkerne i forhold til den aftale, som regeringen indgik med Dansk Folkeparti om udfasning af 2 pct. kravet i relation til også at kigge på den her opbygning af vores sundhedsvæsen og sammenhængen mellem det nære sundhedsvæsen og vores specialiserede sundhedsvæsen.

Der skal ske en betydelig udflytning ud til de praktiserende læger og kommunerne, og det kan fx være den kommunale hjemmesygepleje eller med en udgående funktion fra sygehuset, der hjælper en borger med antibiotikabehandling i hjemmet. Noget vi kan se kan lade sig gøre i nogle regioner, men desværre ikke kan lade sig gøre i andre regioner. Hvis man skal tage et konkret eksempel.

Og jeg ser også, at de praktiserende læger skal have ansvaret for en stor del af den kronikerbehandling, der i dag foregår på ambulatorier på sygehusene.

Det er ikke noget, der sker fra den ene dag til den anden. Det kræver store forandringer i vores sundhedsvæsen. Og det kræver også, at vi får gjort det nære sundhedsvæsen ordentlig rustet til opgaven. Og dermed også en af de anbefalinger, der kom fra udvalget i forhold til, hvordan kvaliteten i de kommunale sundhedstilbud kan styrkes og ensartes, og hvordan vi også vil følge op på det.

Mange kommuner løser i dag med stor succes en række opgaver, der tidligere blev løst på sygehusene. Men der er en meget, meget stor variation i kvaliteten på tværs af kommunerne og i øvrigt også på tværs af almen praksis.

Det er noget af det, som vi helt konkret sidder og kigger på, hvordan vi får sikret et kvalitetsløft i det nære og sammenhængende også jævnfør anbefalingerne fra udvalget.

For det andet så skal kvaliteten i almen praksis styrkes. Og vi skal også have bedre indblik i kvaliteten, så vi kan lære af de bedste. De praktiserende læger skal i højere grad organisere sig i bæredygtige enheder med flere læger og med andet sundhedsfagligt personale, der kan aflaste lægerne.

Og det er den nye overenskomst for almen praksis, som bekendt kom på plads i september og blev endelig godkendt sidste måned, også et rigtig godt første skridt i forhold til at være med til at understøtte. Blandt andet ved at lægerne kommer til at løfte en større del af den kronikerbehandling, som i dag foregår på sygehusene.

Så er det klart, at sygehusenes rolle fortsat er afgørende. Sygehusene skal også fremover have en endnu mere udadvendt rolle, hvor de rådgiver både kommuner og almen praksis, og står klar med specialistkompetencer, når der er behov for det. Og det er også noget af det, som regeringen også vil have med, når vi kommer med vores bud på, hvordan vi helt konkret vil følge op på anbefalingerne fra udvalget. Såvel som vores større initiativ i relation til styring, som jo også indbefatter den sammenhængende styring fra det specialiserede sundhedsvæsen og ud til borgere via almen praksis og via de kommunale sundhedstilbud.

Og det vil vi, som statsministeren også sagde i sin åbningstale, i løbet af det kommende folketingsår, præsentere et større udspil til også, hvordan vi kan flytte flere opgaver til det nære sundhedsvæsen.